

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p>  <p><b>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</b></p> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.alava.net/ifbs/</p>	<h2 style="margin: 0;">Informe de salud</h2> <h3 style="margin: 0;">para el reconocimiento de la situación de dependencia</h3> <h1 style="font-size: 2em; margin: 0;">006</h1> <hr style="border: 5px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p>
---	---

#### 1. Datos de identificación de la persona

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	DNI/NIF • NIE • Otro
<input style="width: 95%;" type="text"/>	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

#### 2. Enfermedades o problemas de salud actuales que le suponen una falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial:

Diagnóstico	Fecha	Código	Estable médicamente	Recuperable	
				NO	SI, con tratamiento
<b>Observaciones</b>					

#### 3. Indicación de medidas de soporte terapéutico, funcional y/o productos de apoyo prescritos:

Breve descripción	La utiliza adecuadamente		Objeto principal de intervención actual			
	SI	NO	Rehabilitar	Prevenir	Mantener	No interviene
<b>Tratamiento farmacológico:</b>						
<b>Observaciones:</b>						

4. Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si considera probable que la condición de salud actual de la persona pueda modificarse en los próximos 6 meses:

Se mantendrá más o menos igual  Mejorará  Empeorará

5. Entre las causas principales relacionadas con la aparición de dependencia, se encuentra una enfermedad mental, deterioro cognitivo o discapacidad intelectual:

SI  NO

En caso afirmativo, aporte informes del o de los especialistas certificando el diagnóstico y describiendo la situación actual de la persona en relación a la enfermedad, trastornos u otras condiciones de salud. Y si es posible, los test o pruebas que se hayan realizado para confirmar el diagnóstico o para determinar la severidad.

6. En caso de existir trastornos del comportamiento aporte información del especialista sobre la característica de los mismos.

7. Alguna patología le cursa por brotes: SI  NO

En caso afirmativo, reseñar e indicar número de ellos en el último año:

8. Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona que tengan que ver con la dependencia:

Informe emitido por:

Profesional

Fecha

Centro de Salud o Servicio

Teléfono

Código Postal

Municipio

Provincia/T.H.

Sello o etiqueta adhesiva

Firma y nº de Colegiado/a

**Aviso Legal LOPD**

Le recordamos que los datos contenidos en este informe de salud se incorporan a su expediente y que Vd. manifestó estar informado/a y facilitó su consentimiento para el tratamiento de sus datos de carácter personal, mediante la firma del formulario "Autorización al Instituto Foral de Bienestar Social" (anexo 012).